

УДК 616.12-006.441:616-072.7

DOI: 10.36604/1998-5029-2025-95-116-125

СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ЛИМФОМЫ СЕРДЦА

А.А.Григоренко^{1,3}, Т.В.Сычёва², В.В.Войцеховский³, С.Н.Рощин¹, А.А.Мазуренко⁴, А.О.Герасименко⁴,
Н.Б.Голов⁴, М.С.Кузьмина⁴, В.В.Мусорин⁴, И.Н.Виноходова¹

¹Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурский областной онкологический диспансер», 675000, г. Благовещенск, ул. Октябрьская, 110

²Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания», 675000, г. Благовещенск, ул. Калинина, 22

³Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95

⁴Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурская областная клиническая больница», 675028, г. Благовещенск, ул. Воронкова, 26

РЕЗЮМЕ. Введение. Первичная лимфома сердца – крайне редкое злокачественное новообразование. Ее диагностика часто бывает запоздалой, поскольку клинические проявления заболевания не специфичны и в большинстве случаев развиваются только в терминальной стадии. **Цель.** Демонстрация клинического случая первичной лимфомы сердца. **Материалы и методы.** Представлена краткая литературная справка, посвященная лимфомам сердца и клинический случай из личной практики авторов. **Результаты.** Заболевание длительно протекало под маской «ишемической болезни сердца». В связи с нарушением сердечного ритма, пациентка была направлена на ультразвуковое исследование сердца – где впервые была обнаружена опухоль правых отделов. При оперативном вмешательстве была подтверждена опухоль правого желудочка с прорастанием в правое предсердие, но в связи с объемом поражения случай был признан инкурабельным. По результатам гистологического и иммуногистохимического исследований была верифицирована диффузная В-крупноклеточная лимфома сердца. Данный диагноз был подтвержден после аутопсии. **Заключение.** Клиническими масками первичной лимфомы сердца в данной ситуации были «ишемическая болезнь сердца» и «нарушение сердечного ритма». Выполнение эхокардиографического исследования таким пациентам позволяет заподозрить опухоль сердца. Окончательный диагноз можно установить только после гистологического и иммуногистохимического исследования биопсийного или операционного материала.

Ключевые слова: первичная лимфома сердца, диагностика.

A CASE REPORT OF PRIMARY CARDIAC LYMPHOMA

А.А.Grigorenko^{1,3}, Т.В.Sycheva², V.V.Voitsekhovskiy³, S.N.Roshchin¹, A.A.Mazurenko⁴, A.O.Gerasimenko⁴,
N.B.Golov⁴, M.S.Kuzmina⁴, V.V.Musorin⁴, I.N.Vinohodova¹

¹Amur Regional Oncology Dispensary, 110 Oktyabr'skaya Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation

²Far Eastern Scientific Center of Physiology and Pathology of Respiration, 22 Kalinina Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation

³Amur State Medical Academy, 95 Gor'kogo Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation

⁴Amur Regional Clinical Hospital, 26 Voronkova Str., Blagoveshchensk, 675028, Russian Federation

Контактная информация

Валерий Владимирович Войцеховский, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии с курсом фармакологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 675000, Россия, г. Благовещенск, ул. Горького, 95. E-mail: voiceh-67@mail.ru

Correspondence should be addressed to

Valeriy V. Voytsekhovskiy, MD, PhD, D.Sc. (Med.), Professor, Head of Department of Hospital Therapy with Pharmacology Course, Amur State Medical Academy, 95 Gor'kogo Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation. E-mail: voiceh-67@mail.ru

Для цитирования:

Григоренко А.А., Сычева Т.В., Войцеховский В.В., Рощин С.Н., Мазуренко А.А., Герасименко А.О., Голов Н.Б., Кузьмина М.С., Мусорин В.В., Виноходова И.Н. Случай диагностики первичной лимфомы сердца // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2025. Вып.95. С.116–125. DOI: 10.36604/1998-5029-2025-95-116-125

For citation:

Grigorenko A.A., Sycheva T.V., Voitsekhovskiy V.V., Roshchin S.N., Mazurenko A.A., Gerasimenko A.O., Golov N.B., Kuzmina M.S., Musorin V.V., Vinohodova I.N. A case report of primary cardiac lymphoma. *Bulleten' fiziologii i patologii dyhaniâ = Bulletin Physiology and Pathology of Respiration* 2025; (95):116–125 (in Russian). DOI: 10.36604/1998-5029-2025-95-116-125

SUMMARY. Introduction. Primary cardiac lymphoma is an extremely rare malignant neoplasm. Diagnosis is often delayed because clinical manifestations are nonspecific and, in most cases, appear only at the terminal stage of the disease. **Aim.** To present a clinical case of primary cardiac lymphoma. **Materials and methods.** A concise literature review of cardiac lymphomas is provided, followed by a clinical case from the authors' practice. **Results.** The disease had a prolonged course, initially masquerading as ischemic heart disease. Due to arrhythmias, the patient underwent a cardiac ultrasound examination, which first revealed a tumor in the right heart chambers. During surgery, a tumor of the right ventricle infiltrating the right atrium was confirmed; however, given the extent of the lesion, the case was deemed incurable. Histological and immunohistochemical (IHC) analyses established the diagnosis of diffuse large B-cell lymphoma of the heart, which was subsequently confirmed on autopsy. **Conclusion.** In this scenario, primary cardiac lymphoma mimicked ischemic heart disease and arrhythmias. Echocardiography in such patients allows for early suspicion of a cardiac tumor. A definitive diagnosis can only be made following histological and immunohistochemical examination of biopsy or surgical material.

Key words: primary cardiac lymphoma, diagnostics.

Лимфомы – это разнородная группа онкологических заболеваний лимфатической ткани, характеризующихся увеличением лимфатических узлов и/или поражением различных внутренних органов, в которых происходит бесконтрольное накопление «опухолевых» лимфоцитов. Лимфомы имеют много вариантов, которые отличаются по гистологической картине, клиническим проявлениям и подходам к их лечению [1]. Ряд лимфом характеризуется длительным, доброкачественным течением, иногда на протяжении различного времени даже не требующим проведения цитостатической терапии (индолентные лимфомы). Другие лимфомы характеризуются быстрым прогрессированием, тяжелой симптоматикой и требуют немедленного начала программной терапии (злокачественные лимфомы). Многие лимфомы отличаются промежуточными характеристиками. Лимфомы составляют 3-5% всех видов злокачественных опухолей [2].

В большинстве случаев опухолевый процесс начинается в лимфатических узлах, селезенке и в дальнейшем может распространяться на любые органы, имеющие в своем составе лимфоидную ткань, чаще развивается классический вариант – нодальной лимфомы. Реже встречаются экстранодальные лимфомы, когда опухолевый процесс начинается вне лимфатических узлов, селезенки или костного мозга. Экстранодальные лимфомы в большинстве случаев относятся к злокачественным лимфомам. Диагноз лимфомы устанавливается на основании морфологического и иммуногистохимического исследования биопсийного и/или операционного материала, в ряде ситуаций необходимо проведение молекулярно-биологических и генетических исследований [1]. Диагностика экстранодальных лимфом часто весьма затруднительна из-за их локализации [3].

Образования и опухоли сердца представляют собой гетерогенную группу заболеваний и включают первичные опухоли (как доброкачественные, так и злокачественные), метастатическое поражение и многочисленные маскировочные изменения (например, тромбы). Среди всех заболеваний сердца первичные опухоли, происходящие из клеток сердца, составляют 0,2%; вторичные (метастатические) встречаются в 25-30 раз чаще [4, 5]. У больных с хроническими лимфопролиферативными заболеваниями

поражение миокарда (первичное и метастатическое) диагностируется в 8,7-20% аутопсий [6]. У пациентов с лимфомами в поздних стадиях поражение миокарда диагностируется в 10-20% аутопсий; в основном при диффузных В-крупноклеточных лимфомах, реже при мелкоклеточных, лимфоме Беркитта и Т-клеточных лимфомах [7]. Первичная лимфома сердца (ПЛС) – это экстранодальная лимфома, поражающая только сердце и/или перикард [8], составляет 2-2,1% среди первичных опухолей сердца [9]. Прижизненная диагностика ПЛС очень сложная задача. Данная лимфома может развиваться как у взрослых, во всех возрастных группах, так и у детей; как у мужчин, так и у женщин [4]. Ряд авторов отмечает, что риск развития ПЛС гораздо выше у иммунокомпрометированных пациентов [10]. Клинические проявления ПЛС зависят от локализации и размера патологического процесса. Клиническими масками ПЛС могут быть «артериальная гипертензия», «ишемическая болезнь сердца», «гипертрофическая кардиомиопатия», «пороки сердца», «нарушения ритма и проводимости» [6]. Клинические проявления варьируют от случайного обнаружения при визуализирующих исследованиях, назначенных по другим причинам, до угрожающих жизни проявлений, таких как тампонада сердца, аритмия, обструкция и системная эмболизация [8]. Часто регистрируют одышку, кардиалгии, сердечную недостаточность, различные нарушения сердечного ритма, выпот в полости перикарда и в плевральной полости, кахексию [10, 11]. Заподозрить опухоль сердца позволяют эхокардиографическое исследование сердца (ЭхоКГ) и компьютерная томография (КТ) с контрастированием, но окончательно дифференцировать ПЛС можно только после гистологического и иммуногистохимического исследований биопсийного или операционного материала [4, 10, 11].

В литературе описаны случаи диагностики и лечения первичной лимфомы сердца [9, 12–15]. Все авторы отмечают большие трудности в диагностике ПЛС, поскольку клинические проявления заболевания не специфичны и часто развиваются только в терминальной стадии. Прогноз в большинстве случаев неблагоприятный. Но описаны и случаи достижения ремиссии после проведения программной химиотерапии [6, 13, 15].

В связи с редкостью патологии приводим случай из личной практики авторов.

Клинический случай. Пациентка Л. 1954 г.р. В 2019 году впервые отметила одышку при умеренной физической нагрузке. Наблюдалась у кардиолога по месту жительства с диагнозом: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, функциональный класс II, хроническая сердечная недостаточность, постинфарктный кардиосклероз (без анамнеза, по данным электрокардиограммы). Гипертонической болезнью, нарушением ритма не страдала, нарушения мозгового кровообращения не было. Принимала: предуктал, розувастатин, кардиомагнил; два раза в год курсами – препараты калия, мексидол, цитофлавин. В амбулаторной карте была запись о том, что наблюдается и получает лечение не регулярно.

В ноябре 2023 года пациентку стали беспокоить перебои в работе сердца. По рекомендации кардиолога

принимала брвадин 5 мг х 2 раза в день. По направлению кардиолога обратилась в клинику ДНЦ ФПД для проведения трансторакальной эхокардиографии. ЭхоКГ от 6.11.2023: камеры сердца не расширены; незначительная гипертрофия миокарда левого желудочка (МЛЖ); сократительная способность миокарда сохранена, снижение систолического артериального давления до 80 мм рт. ст. Было диагностировано образование правых отделов сердца, предположительно опухолевидного характера. В правых камерах сердца определялась округлая гетерогенная структура $5 \times 6,4$ см (рис. 1), интимно спаянная со стенкой правого желудочка (ПЖ), с подвижным флотирующим основанием, создающим умеренный стеноз и недостаточность трикуспидального клапана (ТК). Стенка ПЖ размером 9-10 мм. Жидкость в перикарде. Фракция выброса (ФВ) – 45%.

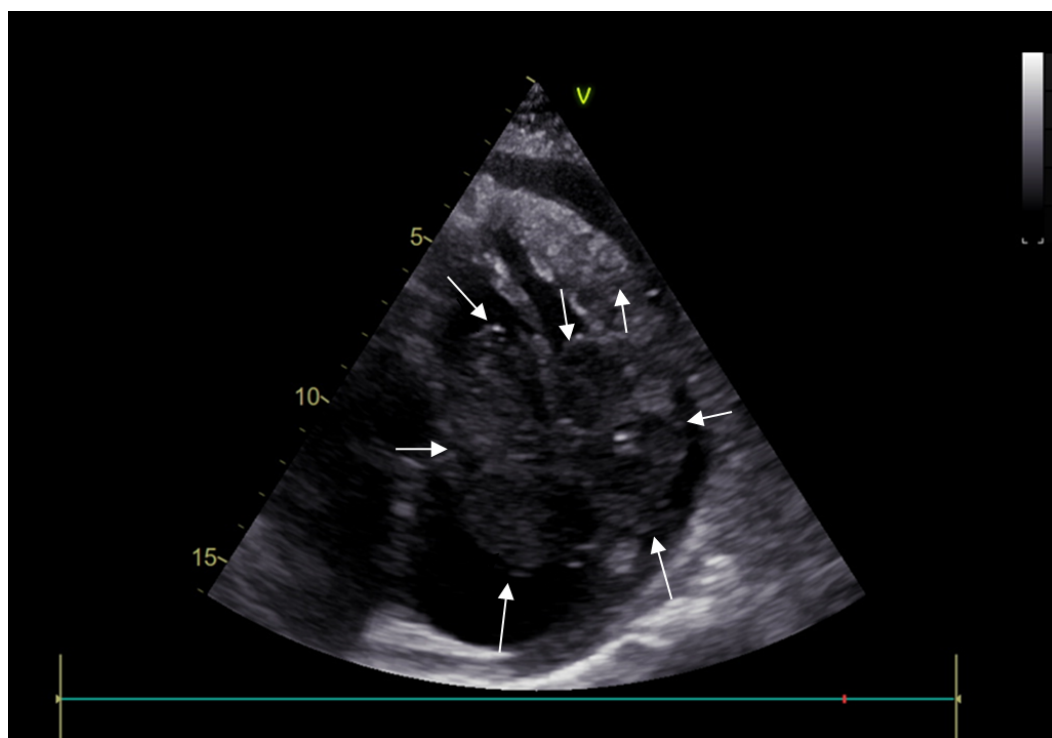


Рис. 1. ЭхоКГ пациентки Л. от 6.11.2023. Стрелками обозначена гетерогенная структура в правых камерах сердца.

Пациентка была направлена в Клинику кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России. При проведении повторной ЭхоКГ в клинике были подтверждены данные предшествующего исследования. Была осмотрена специалистом кардиохирургом – рекомендовано направить документы на консультацию в ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России (г. Новосибирск) с целью решения вопроса о возможности госпитализации в эту клинику для диагностики и оперативного лечения.

19.04.2024 в связи с резким ухудшением самочувствия (присоединились одышка в покое, выраженная слабость) была доставлена родственниками в приемно-

диагностическое отделение ГАУЗ АО «АОКБ». При поступлении предъявляла жалобы на одышку в покое. Состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение вынужденное (лежа на каталке). Пациентка гиперстенического телосложения. Кожа и видимые слизистые бледной окраски. Акроцианоз. Видимые слизистые цианотичные, влажные. Периферические лимфатические узлы всех групп не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Дыхание через нос не затруднено. Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания, частота дыхания – 17 в одну минуту, дыхание глубокое, везикулярное во всех отделах, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца

глухие, ритм правильный, частота сердечных сокращений – 100 в минуту, артериальное давление на обеих руках – 90 и 60 мм рт. ст. Язык влажный. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный во всех отделах. Размеры печени и селезенки не увеличены. Мочеиспускание без патологии. Пастозность голеней. Деформация суставов стоп, онихомикоз.

Электрокардиограмма – частота сердечных сокращений 106 в минуту, резкое отклонение электрической оси сердца вправо, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, гипертрофия миокарда обоих желудочков, ишемия субэпикарда верхушечной, задне-диафрагмальной, переднебоковой, боковой областей левого желудочка. При повторной ЭхоКГ также в правом желудочке с переходом на правое предсердие было обнаружено неоднородное очаговое образование с неровными четкими контурами, размерами 80 x 54 мм из стенки правого желудочка с прорастанием в полость перикарда на 16 мм. Данное образование полностью закрывало просвет трикуспидального кольца. Определялась свободная жидкость в полости перикарда: за правыми камерами 37 мм, за левым до 15 мм.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 146 г/л, эритроциты – $5,19 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,5 \times 10^9/л$, сегментоядерные – 78%, эозинофилы – 2%, моноциты – 5%, лимфоциты – 15%, тромбоциты – $205 \times 10^9/л$, СОЭ – 35 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, билирубин (общий, непрямой, прямой) 17,10 – 12,9 – 4,2 ммоль/л, аланин-аминотрансфераза – 125 Ед/л, аспартат-аминотрансфераза – 112 Ед/л, креатинин – 92 мкмоль/л, мочевины – 13 ммоль/л. Коагулограмма: Д-димер – 3384 нг/мл, активированное частичное тромбопластиновое время – 34 сек (норма – до 32), протромбиновое время – 20 сек (норма до 18), фибриноген – 1,6 г/л.

КТ органов грудной полости: двухсторонний малый гидроторакс, линейный пневмофиброз S2, S3 левого легкого, перикардит. КТ органов брюшной полости: жировая дегенерация печени, КТ признаки гемангиомы VII сегмента печени.

Была проведена коронарография – коронарные артерии без изменений.

Пациентка была госпитализирована в отделение сосудистой хирургии ГАУЗ АО «АОКБ» для предоперационной подготовки и хирургического удаления новообразования правых камер сердца в условиях искусственного кровообращения (ИК). Выполнялась стернотомия. При ревизии сердца был диагностирован тотальный канцероматоз правого желудочка, сердце каменистое, ригидное, с множественными белесыми включениями по ходу эпикарда. Процесс затрагивал весь правый желудочек, верхушку сердца, корень и восходящий отдел аорты, крышу левого предсердия (рис. 2). Растяжимости и сократимости правых камер практически не отмечалось. Очагов отсева по перикарду не было выявлено. Была взята биопсия из адвентиции аорты в области ее корня и с поверхности правого желудочка. Интраоперационно случай был

признан инкурабельным.



Рис. 2. Вид опухоли при оперативном вмешательстве.

Гистологическое исследование в патологоанатомическом отделении ГАУЗ АО «АОКБ» показало, что морфологическая картина больше укладывается в лимфопрлиферативный процесс. Для точной верификации опухолевого процесса материал был отправлен в патологоанатомическое отделение ГАУЗ АО «АООД». Консультируемый биоптат был представлен фиброзно-жировой тканью с диффузной инфильтрацией (рис. 3) крупными атипичными лимфоидными клетками с умеренной цитоплазмой, полиморфными ядрами, содержащими крупные ядрышки (рис. 4). При иммуногистохимическом исследовании опухолевые клетки экспрессировали В-лимфоцитарный антиген CD20 (рис. 5), Bcl 6 (белок 6 В-клеточной лимфомы) (рис. 6); не экспрессировали мультицитокератины AE1/AE3 (рис. 7), маркеры CD5 (рис. 8), CD30 (рис. 9) и индекс пролиферации по Ki67=95% (рис. 10). Иммунофенотип опухоли соответствовал диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфоме.

На фоне дальнейшей проводимой терапии состояние больной оставалось крайне тяжелым, сохранялся акроцианоз. Пациентка была кислородозависима, с частотой дыхания 24 в минуту, с уровнем насыщения крови кислородом (SpO_2) 89-92% на фоне подачи увлажненного кислорода. В легких появились влажные хрипы. Присоединилась и прогрессировала полиорганная недостаточность.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $5,02 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,28 \times 10^9/л$, тромбоциты – $134 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 80%, эозинофилы – 1%, моноциты – 3%, лимфоциты – 15%, СОЭ – 36 мм/ч.

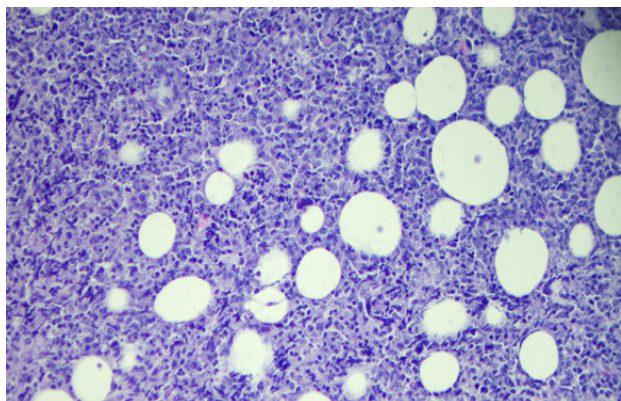


Рис. 3. Диффузный рост опухоли. Окраска гематоксилин-эозин, ув. x100.

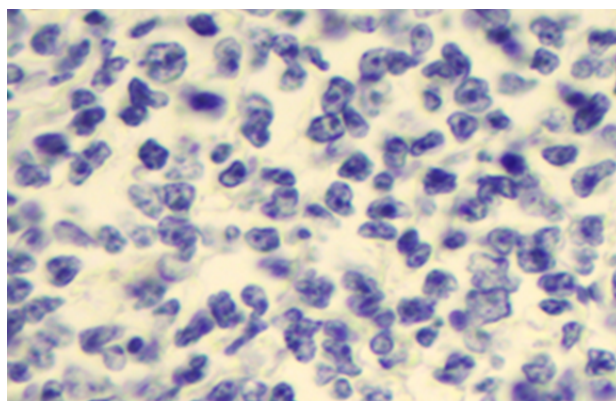


Рис. 4. Опухоль представлена крупными атипичными лимфоидными клетками. Окраска гематоксилин-эозин, ув. x1000.

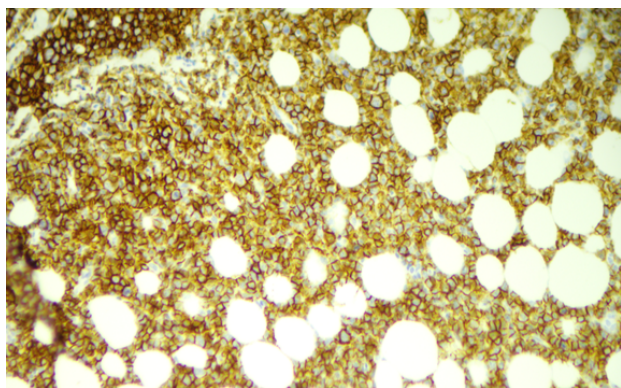


Рис. 5. Мембранная экспрессия опухолевыми клетками В-лимфоцитарного антигена CD20. Иммуногистохимическое окрашивание, ув. x100.

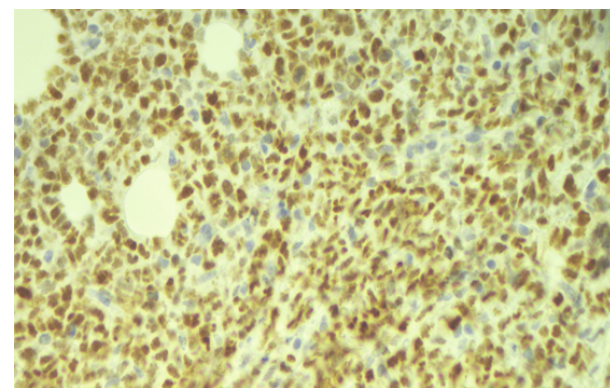


Рис. 6. Ядерная экспрессия опухолевыми клетками Bcl6. Иммуногистохимическое окрашивание, ув. x200.

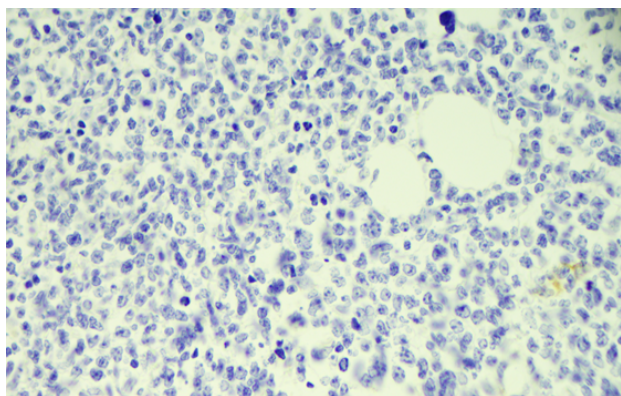


Рис. 7. Отсутствие экспрессии опухолевыми клетками мультицитокератина AE1/AE3. Иммуногистохимическое окрашивание, ув. x200.

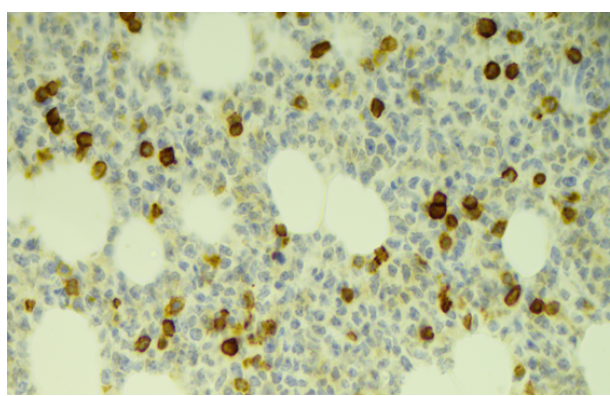


Рис. 8. Отсутствие экспрессии опухолевыми клетками CD5. Иммуногистохимическое окрашивание, ув. x400.

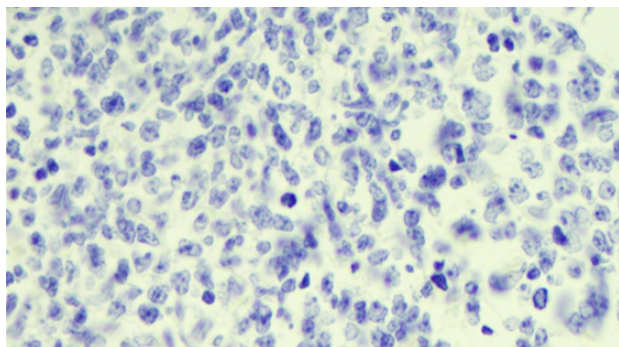


Рис. 9. Отсутствие экспрессии опухолевыми клетками CD30. Иммуногистохимическое окрашивание, ув. х200.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,75 ммоль/л, общий белок – 56 г/л, билирубин (общий, не-прямой, прямой) – 33, 30, 3 ммоль/л, аланин-амино-трансфераза – 206 Ед/л, аспартат-аминотрансфераза – 273 Ед/л, креатинин – 380 мкмоль/л, мочевины – 32 ммоль/л.

Несмотря на проводимую интенсивную терапию, через пять суток после оперативного вмешательства наступила смерть пациентки. Заключительный диагноз: злокачественное новообразование сердца. Новообразование правых камер сердца с прорастанием в перикард. Хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии со сниженной фракцией выброса (31%), функциональный класс IV. Гидроперикард. Двусторонний малый гидроторакс. Гемангиома печени.

При аутопсии было обнаружено: в передней и боковой стенках правого желудочка с распространением на трикуспидальное кольцо, верхушку сердца, стенки правого предсердия, корень аорты выявлен рост плотной опухолевой ткани, однородной, белесоватого цвета, с нечеткими границами (рис. 11). При этом толщина правого желудочка доходила до 2 см. Со стороны эпикарда – опухоль бугристая, со стороны эндокарда – с двумя флотирующими объемными образованиями в виде полипов на ножках, с гладкой поверхностью, мягкой консистенции, размерами 5 × 6,5 × 4 см и 4 × 3,5 × 3 см, на разрезе с участками красноватого, серого и желтоватого цветов с нечеткими границами. Устья венечных артерий зияли; венечные артерии спадались, их интима была с единичными липидными пятнами, сужений просветов сосудов не обнаруживалось. Интима аорты на всем протяжении была с единичными плотными бляшками желтого цвета. Интима полых вен, вен шеи – бледно-серая, в их просветах определялась жидкая темная кровь. Легочной ствол был не расширен, с гладкой, светло-желтой интимой, с жидкой кровью в просвете.

Гистологическое исследование аутопсийного материала:

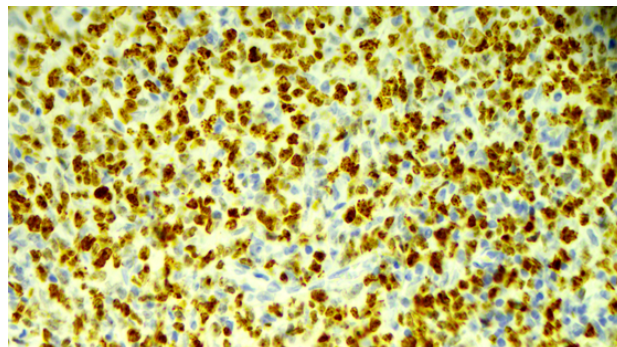


Рис. 10. Высокая экспрессия опухолевыми клетками маркера пролиферации Ki67 (95%). Иммуногистохимическое окрашивание, ув. х400.

Сердце: на срезах с правых отделов сердца (предсердие, желудочек, трикуспидальный клапан) в миокарде, эпикарде и эндокарде наблюдался диффузный рост опухоли, состоящей из сплошных полей крупных атипичных лимфоидных клеток, типа центробластов с многодольчатыми и полиморфными ядрами (диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома). Рост опухоли – инвазивный, с выраженной фрагментацией мышечных волокон миокарда (рис. 12), с очаговыми некрозами. В эпикарде также отмечались выраженная лимфоплазмочитарная инфильтрация, отек, очаговый склероз, поверхностный фибриноидный некроз. В сохранных кардиомиоцитах – выраженные гипертрофические и дистрофические изменения, очаговый кариорексис и кариолизис. На гистологических срезах с ушка правого предсердия на эндокарде регистрировались тромбы, состоящие из эритроцитов и фибрина. В срезах с левых отделов сердца наблюдались умеренные гипертрофические и выраженные дистрофические изменения кардиомиоцитов, межклеточный мелкоочаговый миофиброз. В перикарде отмечался диффузный рост вышеописанной лимфомы и выраженная лимфо-плазмочитарная инфильтрация с фибриноидным некрозом.

В легких выявлялось умеренное полнокровие сосудов, диапедезные кровоизлияния, диффузный альвеолярный отек, очаговые ателектазы, скопления сидерофагов.

Патологоанатомический диагноз. Основное заболевание: Диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома с поражением правых отделов сердца: распространение на правый желудочек, верхушку, правое предсердие, трикуспидальный клапан, корень аорты. Осложнения основного заболевания: Вторичный фибринозный перикардит. Хроническая сердечная недостаточность: застойное общее венозное полнокровие. Тромбоз ушка правого предсердия, пристеночный тромбоз правого желудочка. Кардиогенный отек легких.

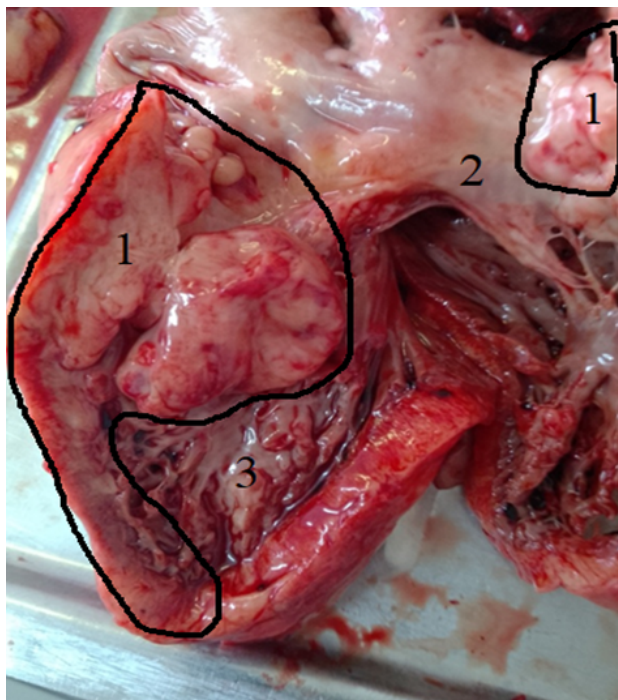


Рис. 11. Вид сердца, правые отделы вскрыты, вид опухоли на разрезе (граница опухоли обведена черной линией). 1 – опухоль; 2 – трикуспидальный клапан; 3 – правый желудочек.

Заключение

В работе представлено редкое наблюдение экстра-нодальной лимфомы – диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфомы сердца. Особенности данного клинического случая являются: 1) заболевание длительно протекало под маской «ишемической болезни сердца»; 2) в связи с нарушением сердечного ритма, пациентка была направлена на ультразвуковое исследование сердца, где впервые была обнаружена опухоль правых отделов размерами 5 × 6,4 см; 3) при оперативном вмешательстве была подтверждена опухоль правого желудочка с прорастанием в правое предсердие, но в связи с объемом поражения случай признан инкурабельным; 4) по результатам гистологического и иммуногистохимического исследований была верифицирована диффузная В-крупноклеточная лимфома сердца. Данный диагноз подтвержден при аутопсии.

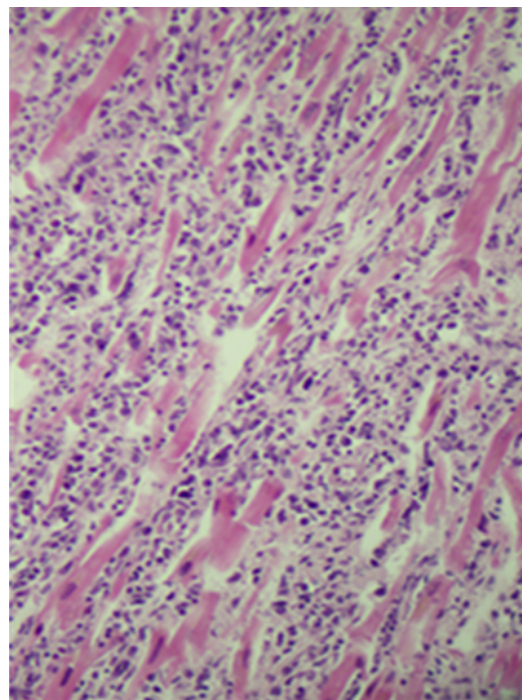


Рис. 12. Диффузная инфильтрация опухолевыми клетками миокарда с выраженной фрагментацией мышечных волокон. Окраска гематоксилин-эозин, ув. х200.

Клиническими масками первичной лимфомы сердца были «ишемическая болезнь сердца» и «нарушение сердечного ритма». Выполнение эхокардиографического исследования таким пациентам позволяет заподозрить опухоль сердца. Окончательный диагноз можно установить только после гистологического и иммуногистохимического исследования биопсийного или операционного материала.

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest

Источники финансирования

Исследование проводилось без участия спонсоров

Funding Sources

This study was not sponsored

ЛИТЕРАТУРА

1. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний. Под руководством профессора И.В. Поддубной, профессора В.Г. Савченко. М.: 2018. 470 с.
2. Пачес А.И., Таболиновская Т.Д. Злокачественные лимфомы. Опухоли слюнных желез. М.: Практическая медицина, 2009. С.359–364. ISBN: 978-5-98811-083-5.
3. Григоренко А.А., Войцеховский В.В., Рошин С.Н. Случай диагностики диффузной В-крупноклеточной лимфомы с экстранодулярным поражением шейки матки // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2021. Вып.80. С.84–90. <https://doi.org/10.36604/1998-5029-2021-80-84-90>
4. Fernandes F., Soufen H.N., Ianni B.M., Arteaga E., Ramires F.J., Mady C. Primary neoplasms of the heart. Clinical and histological presentation of the 50 cases // Arq. Bras Cardiol. 2001. Vol.76, Iss.3. P.231–237.

<https://doi.org/10.1590/s0066-782x2001000300006>

5. Delmo Walter E.M., Javier M.F., Sander F., Hartmann B., Ekkernkamp A., Hetzer R. Primary cardiac tumors in infants and children: surgical strategy and long-term outcome // *Ann. Thorac. Surg.* 2016. Vol.102, Iss.6. P.2062–2069. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2016.04.057>

6. Гадаев И.Ю., Ершов В.И., Бочкарникова О.В., Соколова И.Я., Буданова Д.А., Котова Е.С., Лишута А.С. Поражение сердца при лимфомах. Обзор литературы и описание случая клинического течения В-крупноклеточной лимфомы // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2015. Т.11, №6. С.610–617. EDN: VJGIFZ.

7. Parato V.M., Muscente F., Scarano M. Primary cardiac lymphoma: a case report // *G. Ital. Cardiol. (Rome)*. 2017. Vol.18, Iss.11. P.11–13. <https://doi.org/10.1714/2628.27022>

8. Poterucha T.J., Kochav J., O'Connor D.S., Rosner G.F., Cardiac tumors: clinical presentation, diagnosis, and management // *Curr. Treat Options Oncol.* 2019. Vol.20, Iss.8. Article number:66. <https://doi.org/10.1007/s11864-019-0662-1>

9. Пеняева Е.В., Петросян А.Д., Ковригина А.М. Первичная лимфома сердца. Случай из практики // *Креативная кардиология*. 2018. Т.12, №1. С.70–75. <https://doi.org/10.24022/1997-3187-2018-12-1-70-75>

10. Petrich A., Cho S.I., Billett H. Primary cardiac lymphoma: an analysis of presentation, treatment, and outcome patterns // *Cancer*. 2011. Vol.117, Iss.3. P.581–589. <https://doi.org/10.1002/cncr.25444>

11. Carras S., Berger F., Chalabreysse L., Callet-Bauchut E., Cordier J.F., Salles G., Girard N. Primary cardiac lymphoma: diagnosis, treatment and outcome in a modern series // *Hematol. Oncol.* 2016. Vol.34, Iss.2. P.510–519. <https://doi.org/10.1002/hon.2301>

12. Wu H.M., Chen Y., Xiao Z.B., Zhang F., Wu M., Zhu X.L., Liu H., Yao S., Li Z., Liu Y.H. Clinical and pathological characteristics of cardiac tumors: analyses of 689 cases at a single medical center // *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi*. 2019. Vol.48. № 4. P.293–297. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0529-5807.2019.04.006>

13. Сакаева Д.Д., Раевская Т.В., Валиахметова Ч.Х., Исакова А.И. Специфическое поражение миокарда при диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфоме (клиническое наблюдение) // *Креативная хирургия и онкология*. 2018. Т.8, №4. С.316–323. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2018-8-4-316-323>

14. Мартаков М.А., Селиваненко В.Т., Вишнякова М.В., Вишнякова М.В., Пронина В.П. Удаление В-клеточной лимфомы правых камер сердца и протезирование трикуспидального клапана у ВИЧ-инфицированного пациента // *Альманах клинической медицины*. 2015. №38. С.133–135. <https://doi.org/10.18786/2072-0505-2015-38-133-135>

15. Chen W., Huang K., Guo W.W., Zhou F., Liao D.N. Cardiac infiltration of diffuse large B-cell lymphoma manifesting as sustained ventricular tachycardia: a case report // *J. Geriatr. Cardiol.* 2024. Vol.21, Iss.2. P.242–245. <https://doi.org/110.26599/1671-5411.2024.02.007>

REFERENCES

1. [Russian clinical guidelines for the diagnosis and treatment of lymphoproliferative diseases. Under the guidance of Professor I.V. Poddubnaya, Professor V.G. Savchenko]. Moscow; 2018 (in Russian).

2. Paches A.I., Tabolinovskaya T.D. [Malignant lymphomas. Salivary gland tumors]. Moscow: Prakticheskaya meditsina; 2009 (in Russian). ISBN: 978-5-98811-083-5.

3. Grigorenko A.A., Voitsekhovskiy V.V., Roshchin S.N. [A case of diagnosis of diffuse large B-cell lymphoma with extranodular cervical lesions]. *Bulleten' fiziologii i patologii dyhaniâ = Bulletin of Physiology and Pathology of Respiration* 2021; 80:84–90 (in Russian). <https://doi.org/10.36604/1998-5029-2021-80-84-90>

4. Fernandes F., Soufen H.N., Ianni B.M., Arteaga E., Ramires F.J., Mady C. Primary Neo-plasms of the heart. Clinical and histological presentation of the 50 cases. *Arg. Bras Cardiol.* 2001; 76(3):231–273. <https://doi.org/10.1590/s0066-782x2001000300006>

5. Delmo Walter E.M., Javier M.F., Sander F., Hartmann B., Ekkernkamp A., Hetzer R. Primary cardiac tumors in infants and children: surgical strategies and long-term outcome. *Ann. Thorac. Surg.* 2016; 102(6):2062–2069. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2016.04.057>

6. Gadayev I.Yu., Yershov V.I., Bochkarnikova O.V., Sokolova I.Ya., Budanova D.A., Kotova Ye.S., Lishuta A.S. [Cardiac involvement in lymphomas. Review of literature and case report of the clinical course of B-large-cell lymphoma]. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii = Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2015; 11(6):610–617 (in Russian).

7. Parato V.M., Muscente F., Scarano M. [Primary cardiac lymphoma: a case report]. *G. Ital. Cardiol. (Rome)* 2017; 18(1):11–13 (in Italian). <https://doi.org/10.1714/2628.27022>

8. Poterucha T.J., Kochav J., O'Connor D.S., Rosner G.F. Cardiac tumors: clinical presentation, diagnosis, and management. *Curr. Treat. Option. Oncol.* 2019; 20(8):66. <https://doi.org/10.1007/s11864-019-0662-1>

9. Penyaeva E.V., Petrosyan A.D., Kovrigina A.M. [Primary cardiac lymphoma. A case report]. *Kreativnaya kardiologiya = Creative Cardiology* 2018; 12(1):70–75 (in Russian). <https://doi.org/10.24022/1997-3187-2018-12-1-70-75>

10. Petrich A., Cho S.I., Billett H. Primary cardiac lymphoma: an analysis of presentation, treatment, and outcome patterns. *Cancer* 2011; 117(3):581–5879. <https://doi.org/10.1002/cncr.25444>

11. Carras S., Berger F., Chalabreysse L., Callet-Bauchut E., Cordier J.F., Salles G., Girard N. Primary cardiac lymphoma: diagnosis, treatment and outcome in a modern series. *Hematol. Oncol.* 2016; 34(2):510–519. <https://doi.org/10.1002/hon.2301>
12. Wu H.M., Chen Y., Xiao Z.B., Zhang F., Wu M., Zhu X.L., Liu H., Yao S., Li Z., Liu Y.H. [Clinical and pathological characteristics of cardiac tumors: analyzes of 689 cases at a single medical center]. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi* 2019; 48(4):293–297 (in Chinese). <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0529-5807.2019.04.006>
13. Sakaeva D.D., Raevskaya T.V., Valiakhetova Ch.Kh., Iskhakova A.I. [Specific myocardial damage in diffuse large B-cell lymphoma. Clinical observation]. *Kreativnaya khirurgiya i onkologiya = Creative Surgery and Oncology* 2018; 8(4):316–323 (in Russian). <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2018-8-4-316-323>
14. Martakov M.A., Selivanenko V.T., Vishnyakova M.V., Vishnyakova M.V., Pronina V.P. [Removal of B-cell lymphoma of the right heart chambers and tricuspid valve replacement in an HIV-infected patient]. *Al'manakh klinicheskoy meditsiny = Almanac of Clinical Medicine* 2015; 38:133–135 (in Russian). <https://doi.org/10.18786/2072-0505-2015-38-133-135>
15. Chen W., Huang K., Guo W.W., Zhou F., Liao D.N. Cardiac infiltration of diffuse large B-cell lymphoma manifesting as sustained ventricular tachycardia: a case report. *J. Geriatr. Cardiol.* 2024; 21(2):242–245. <https://doi.org/10.26599/1671-5411.2024.02.007>

Информация об авторах:

Алексей Александрович Григоренко, д-р мед. наук, профессор, зав. патологоанатомическим отделением Государственного автономного учреждения здравоохранения Амурской области «Амурский областной онкологический диспансер»; профессор кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: gvg069@mail.ru

Татьяна Васильевна Сычёва, врач ультразвуковой диагностики, аспирант, лаборатория функциональных методов исследования дыхательной системы, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания»; e-mail: sycheva007@mail.ru

Валерий Владимирович Войцеховский, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии с курсом фармакологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: voiceh-67@mail.ru

Сергей Николаевич Рошин, канд. мед. наук, врач-патологоанатом патологоанатомического отделения, Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурский областной онкологический диспансер»; e-mail: serzrosa@gmail.com

Артём Александрович Мазуренко, канд. мед. наук, зав. отделением сосудистой хирургии, Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурская областная клиническая больница»; e-mail: AOKB@amurzdav.ru

Антон Олегович Герасименко, врач отделения сосудистой хирургии, Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурская областная клиническая больница»; e-mail: AOKB@amurzdav.ru

Никита Борисович Голов, врач отделения сосудистой хирургии, Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурская областная клиническая больница»; e-mail: AOKB@amurzdav.ru

Author information:

Aleksey A. Grigorenko, MD, PhD, DSc (Med.), Professor, Head of Department Pathological Anatomy, Amur Regional Oncological Dispensary; Professor of Department of Pathological Anatomy with Forensic Medicine Course, Amur State Medical Academy; e-mail: gvg069@mail.ru

Tatyana V. Sycheva, Ultrasonographer, Postgraduate Student, Laboratory of Functional Research of Respiratory System, Far Eastern Scientific Center of Physiology and Pathology of Respiration; e-mail: sycheva007@mail.ru

Valeriy V. Voytsekhovskiy, MD, PhD, DSc (Med.), Professor, Head of Department of Hospital Therapy with Pharmacology Course, Amur State Medical Academy; e-mail: voiceh-67@mail.ru

Sergey N. Roshchin, MD, PhD (Med.), Pathologist, Department of Pathological Anatomy, Amur Regional Oncological Dispensary; e-mail: serzrosa@gmail.com

Artem A. Mazurenko, MD, PhD (Med.), Head of Department of Vascular Surgery, Amur Regional Clinical Hospital; e-mail: AOKB@amurzdav.ru

Anton O. Gerasimenko, MD, Physician, Department of Vascular Surgery, Amur Regional Clinical Hospital; e-mail: AOKB@amurzdav.ru

Nikita B. Golov, MD, Physician, Department of Vascular Surgery, Amur Regional Clinical Hospital; e-mail: AOKB@amurzdav.ru

Мария Сергеевна Кузьмина, врач отделения сосудистой хирургии, Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурская областная клиническая больница»; e-mail: AOKB@amurzdav.ru

Mariya S. Kuz'mina, MD, Physician, Department of Vascular Surgery, Amur Regional Clinical Hospital; e-mail: AOKB@amurzdav.ru

Владимир Владимирович Мусорин, врач-патологоанатом патологоанатомического отделения, Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурская областная клиническая больница»; e-mail: AOKB@amurzdav.ru

Vladimir V. Musorin, MD, Pathologist, Department of Pathological Anatomy, Amur Regional Clinical Hospital; e-mail: AOKB@amurzdav.ru

Ирина Николаевна Виноходова, канд. мед. наук, врач ультразвуковой диагностики, Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурский областной онкологический диспансер»; e-mail: iranikvin@bk.ru

Irina N. Vinokhodova, MD, PhD (Med.), Ultrasonographer, Amur Regional Oncological Dispensary; e-mail: iranikvin@bk.ru

*Поступила 24.12.2024
Принята к печати 07.02.2025*

*Received December 24, 2024
Accepted February 07, 2025*